

**CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO DE EMBARAZADAS CON VIH-SIDA,
EN UNA IPS DE MONTERÍA, 2016**

**SHARLOTT CALVO VÉLEZ
SIARA SOFÍA PINTO OSPINO**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA VIII SEMESTRE
MONTERÍA**

2016

**CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO DE EMBARAZADAS CON VIH-SIDA,
EN UNA IPS DE MONTERÍA, 2016**

SHARLOTT CALVO VÉLEZ

SIARA SOFÍA PINTO OSPINO

**INFORME DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO
COMO OPCIÓN DE GRADO PARA OBTENER
EL TÍTULO
DE ENFERMERA**

LUZ DARY RIPOLL GARCÍA

ASESORA TEMÁTICO

DOCTOR ÁLVARO SÁNCHEZ CARABALLO

ASESOR METODOLÓGICO

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA - CÓRDOBA

2016

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

*A Dios por darme la fortaleza y sabiduría de continuar
superando las adversidades.*

*A mis padres Nadia y Jamith, a mis hermanos por
apoyarme constantemente durante este proceso ya los
consejos que me dieron. A Antonio por ser mi fuente de
motivación.*

*A mi amor por ayudarme a creer que todo es posible y no
permitir que me rindiera.*

Sharlott Calvo Vélez

*Principalmente a Dios por bendecirme y darme sabiduría
cada día, a mis padres por su amor, apoyo y motivación
constante para alcanzar mis sueños.*

*En especial a mi madre, Celia por hacerme ver la vida de
una forma diferente y confiar en mis decisiones.*

*A mis hermanos y amigos por todo su cariño y
maravillosos momentos compartidos.*

Siara Sofia Pinto Ospino

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Primeramente a Dios por darnos la fortaleza y paciencia necesaria para superar todas las situaciones adversas que se presentaron en la realización de este trabajo.

A nuestros padres quienes con sus oraciones intercedieron por nosotras para lograr esta investigación, por alentarnos en cada una de las noches de desvelo y por su apoyo cuando creíamos que todo estaba perdido.

A la enfermera Luz Dary Ripoll de Torres por su confianza y apoyo en este proyecto.

Al doctor Álvaro Antonio Sánchez Caraballo por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico.

A la ESE hospital san Jerónimo de Montería por aceptar la realización de nuestro trabajo y permitirnos recoger cada dato de este estudio.

Y a todas las personas que nos dieron su apoyo y voz de aliento para no desfallecer nunca y permitir alcanzar este logro tanpreciado.

A todos ellos nuestro agradecimiento y muchas bendiciones.

TABLA DE CONTENIDO

	Págs.
RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	11
1. OBJETIVOS.....	13
1.1 GENERAL	13
1.2 ESPECÍFICOS.....	13
2. REFERENTE TEÓRICO	14
2.1 MARCO REFERENCIAL	14
2.2 MARCO TEÓRICO	16
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	18
2.3.1 Afrontamiento	18
2.3.2 VIH/SIDA	19
2.3.3 caso de SIDA	19
2.4 MARCO HISTÓRICO	20
2.5 MARCO LEGAL.....	22
3 DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
3.1 TIPO DE ESTUDIO	26
3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO.....	26
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	26
3.3.1 Población.....	26
3.3.2 Muestra	26
3.3.2.1 Unidad de análisis	26
3.3.3 Tipo de Muestra	26
3.3.4 Criterios de Inclusión	26
3.3.5. Criterios de Exclusión.....	27
3.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	27
3.4.1 Primarias	27
3.4.2. Secundarias	27

3.4.3 instrumento.....	27
3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN, ORGANIZACIÓN, SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	28
3.5.1 Recolección y tabulación de los datos:.....	28
3.5.2 Procesamiento y análisis de la información.....	29
3.5.3 Presentación de los datos	29
3.5.4. Divulgación de la información.....	29
3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	29
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31
4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE EMBARAZADAS CON VIH / SIDA	31
4.2 CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO DE EMBARAZADAS CON VIH/SIDA.....	31
5. CONCLUSIÓN.....	34
6. RECOMENDACIONES.....	36
6.1 A INSTITUCIONES QUE BRINDAN ATENCIÓN A EMBARAZADAS CON VIH-SIDA	36
6.2 AL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	36
7. BIBLIOGRAFÍA.....	42
8. ANEXOS.....	48

TABLA DE GRAFICAS

Ilustración 1 Caracterización sociodemográfica.....	33
Ilustración 2. Capacidad de afrontamiento.....	35

TABLA DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de variables según modelo de Callista Roy	28
Tabla 2. Edad.....	31
Tabla 3. Nivel educativo	32
Tabla 4. Tiempo de diagnostico.....	32
Tabla 5. Embarazadas actualmente en tratamiento	32
Tabla 6. Capacidad de afrontamiento	35

RESUMEN

Introducción. El afrontamiento es definido por Roy "como los esfuerzos individuales cognitivos y conductuales utilizados para manejar las demandas de las situaciones estresantes". El afrontamiento de embarazadas con VIH/SIDA, depende de la capacidad de aceptar las limitaciones y pérdidas de la enfermedad y manteniendo un balance entre los sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo.

Objetivo. Determinar la capacidad de afrontamiento de embarazadas con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA, para describir las diferentes conductas de la población estudiada.

Método. Descriptivo, transversal y cualitativo. A pacientes bajo criterios de inclusión, se aplicó el instrumento capacidad de adaptación y afrontamiento de Roy, CAPS; para determinar la capacidad de afrontamiento de las embarazadas con VIH/SIDA.

Resultados. La capacidad de afrontamiento de las embarazadas con VIH/SIDA fue de 66,66%, de mediana capacidad y 33,33% de alta capacidad. Teniendo en cuenta el nivel sociodemográfico, de la población en edades de 18 a 28 años y un nivel educativo básico.

Conclusiones. La capacidad de afrontamiento de la población estudiada es mediana con un 66,66%, debido a que se encuentran en edades entre de 18 y 24 años y en el primer año de diagnóstico siendo la etapa inicial del conocimiento de la enfermedad en la cual se encuentran en estado de negación, pero llevando un afrontamiento activo, están concentradas y focalizadas en el problema, permitiendo así llevar una mejor calidad de vida para ellas y el feto.

Palabras clave: afrontamiento, embarazo, VIH/SIDA.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una condición donde el sistema inmunológico es incapaz de defender correctamente el cuerpo contra las diferentes infecciones. El SIDA es causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En la actualidad el VIH/SIDA afecta cada vez más al género femenino, debido a que “la vulnerabilidad de las mujeres tiene múltiples rostros: biológico, epidemiológico, social y cultural”¹.

El afrontamiento es definido por Callista Roy “como los esfuerzos individuales cognitivos y conductuales utilizados para manejar las demandas de las situaciones estresantes”², según lo planteado por Vargas y otros³, los resultados psicológicos positivos de afrontamiento para personas con VIH son de tipo activo, que es aquel que busca ejecutar acciones directas con el fin de apartar o evitar el estresor y enfocarse en los problemas y los resultados negativos como la depresión y la ansiedad, se ve reflejado en personas que toman afrontamiento por evitación, confrontación, distanciamiento, autocontrol y escape. El afrontamiento en la enfermedad crónica se logra desarrollando la capacidad de aceptar las limitaciones y

¹ HERRERA C., CAMPERO L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública Méx* [online]. 2002, vol.44, n.6 pp.554-564. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634. [citado 2016-03-31]

² ROY C. Afrontamiento y Proceso de Adaptación de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Citado por SARMIENTO P., BOTERO J., CARVAJAL G. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy. vol.22 no.4 Granada oct.-dic. 2013. *versión impresa* ISSN 1132-1296. [en línea] <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000300009&script=sci_arttext> [citada el 10 de abril de 2016]

³ VARGAS J., CERVANTES M., AGUILAR J., citado por ALDWIN, FELTON, REVENSON. Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos.

pérdidas de la enfermedad y manteniendo un balance entre los sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo.

Es importante la atención integral y oportuna a la gestante, ya que esta mejora su capacidad de afrontamiento y disminuye las diferentes repercusiones a nivel psicosocial, aunque posiblemente el personal interdisciplinario de salud en ocasiones realiza un abordaje inadecuado a esta problemática, por múltiples causas entre las cuales se puede deducir que juegan un papel importante la falta de conocimiento y la discriminación. La presente investigación se acoge al instrumento de Sor Callista Roy, denominado Escala de afrontamiento y proceso de adaptación (CAPS), el cual evalúa la capacidad del paciente para adaptarse frente a una enfermedad crónica. La cual permitirá identificar las conductas y estímulos relacionados con las respuestas adaptativas de estas pacientes, en el proceso de afrontamiento que se presente en ellas.

Este tema de investigación es relevante ya que es poco investigado y estudiado, debido a que la población de estudio en ocasiones tiende a cohibirse al hablar de esta enfermedad y proporcionar datos acerca de ella, por lo anterior se busca generar un impacto que logre determinar los factores de afrontamiento más acogidos por las pacientes, sobre los cuales el personal de salud puede generar una mejor calidad en la atención en esta población.

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL

Determinar la capacidad de afrontamiento de embarazadas con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA, con el fin de describir las diferentes conductas de la población estudiada.

1.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar socio demográficamente la población objeto de estudio.

Describir el grado de capacidad de afrontamiento de las embarazadas con VIH-SIDA.

Describir los estilos y estrategias de afrontamiento de las gestantes con VIH/SIDA.

2. REFERENTE TEÓRICO

2.1 MARCO REFERENCIAL

Según estudios realizados en una universidad autónoma de Madrid por Carrobles y otros “las personas que viven con el VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental”⁴. Resaltando así las estrategias de afrontamiento en hombres y mujeres para lograr un grado máximo de adaptación a esta enfermedad, teniendo en cuenta diferentes recursos en los cuales se destaca el apoyo social.

En los planteamientos dados por Pérez y otros⁵, la dinámica de la perspectiva espiritual, afrontamiento y adaptación, son variables complementarias y significativas ante la vivencia con VIH/SIDA; debido a que son recursos de la naturaleza humana de gran relevancia ante el cuidado de la persona que vive con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

⁴ CARROBLES J., REMOR E., y RODRÍGUEZ L. Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. Alzamora Universidad Autónoma de Madrid Psicothema 2003. Vol. 15, nº 3, pp. 420 ISSN 0214 – 9915. [en línea] < <http://www.psicothema.com/pdf/1082.pdf> > [citado el 10 de abril del 2016].

⁵ PÉREZ B, VELOZA M y ORTIZ J. Coping and adaptation and their relationship to the spiritual perspective in patients with HIV/AIDS. Investigación Educ Enfermería. 2012. ISSN 30(3): 330-338.

Por otra parte en el estudio realizado por Gaviria y otros⁶, los factores psicosociales y sociodemográficos como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, la ocupación, el estado civil, la percepción de apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las enfermedades crónicas asociadas, las enfermedades psiquiátricas o psicológicas antes y después del diagnóstico de la enfermedad, los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otras, pueden en algunos casos, permitir o no a los pacientes con VIH/ SIDA afrontar la enfermedad para lograr la adaptación y el bienestar de su salud.

Las ideas expuestas por Galván y otros⁷, resaltan la importancia de conocer las prácticas de autocuidados que ejecutan los pacientes con VIH-SIDA tanto a nivel social y profesional permitiendo así intervenir por medio de estrategias educativas; logrando cierto grado de mejoramiento para la calidad de vida de estos. Entre los aspectos evaluados se encuentra que las principales prácticas de autocuidado, en relación con las actividades ocupacionales la mayoría de los pacientes del estudio de caso ejercen alguna profesión y en el respectivo lugar de trabajo desconocen el diagnóstico; no han sufrido rechazo y su enfermedad no ha afectado ni influenciado en su rendimiento laboral. Los miembros de la familia en general no conocen el diagnóstico, y si tienen conocimiento de estos tienen separados los elementos de uso personal, los pacientes no han sentido rechazo por parte de la familia y tienen una buena función familiar.

⁶ GAVIRIA A., QUINCENO J., VINACCIA S., MARTINEZ L., OTALVARO M., Op. Cit.

⁷ GALVÁN A, GUZMAN V, SOTOMAYOR M. Prácticas de autocuidado en pacientes que convive con el virus de la inmunodeficiencia humana, y su familia, Montería 2010. Universidad de Córdoba facultad de ciencias de la salud programa de enfermería.

En los pacientes con enfermedades crónicas como el VIH/SIDA, Viccina⁸, expresa que tanto el comportamiento como el estilo de vida son factores determinantes en la salud, el comportamiento en las esferas biológicas, psicológicas y sociales, cuando el estilo de vida se logra adaptar al concepto de mórbido es un punto favorable para el bienestar y el proceso de la enfermedad.

2.2 MARCO TEÓRICO

Basándose en diversos planteamientos Callista Roy define el afrontamiento “como los esfuerzos individuales cognitivos y conductuales utilizados para manejar las demandas de las situaciones estresantes”⁹. Siendo las estrategias de afrontamiento las que ayudan al paciente a responder las diferentes situaciones que se manifiesten en su diario vivir, dando soluciones positivas o negativas dependiendo del apoyo biopsicosocial que tenga en ese momento.

Al mismo tiempo “se afirma que el afrontamiento es fundamental para la salud y el bienestar, y se constituye en la variable más importante para comprender el efecto del estrés en la salud”¹⁰. Debido a que esto influye

⁸ VINACCIA S., OROZCO L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas, 01 January 2005, Vol.1(2), pp.125-137. **ISSN:** 1794-9998 [en línea] <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2089828>> [citada el 21 de julio de 2016]

⁹ ROY C. Afrontamiento y Proceso de Adaptación de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Citado por SARMIENTO P., BOTERO J., CARVAJAL G. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy. vol.22 no.4 Granada oct.-dic. 2013. *versión impresa* ISSN 1132-1296. [en línea] <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000300009&script=sci_arttext> [citada el 10 de abril de 2016]

¹⁰ Ibid.

directamente en la salud mental del paciente, sin importar la condición de salud en que este se encuentre. Es clave que cada individuo disponga de su voluntad y tenga la mayor motivación para tratar cada situación que se le manifieste.

Existen diferentes estrategias de afrontamiento por las cuales cada persona se rige y se orienta frente a ese suceso o situación que esté viviendo, de igual forma tiene en cuenta los recursos y los distintos contextos donde se encuentre por ello se predomina la capacidad de cada individuo para llevar a cabo el afrontamiento, “las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que en las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favoreciendo el uso de estrategias focalizadas en las emociones”¹¹.

Según diferentes autores “concuerdan en resaltar tres características de las estrategias individuales, a partir de las cuales pueden ser clasificadas, según estén dirigidas a: primero, la valoración, búsqueda del significado del suceso; segundo, el problema, busca confrontar la realidad, manejando las consecuencias; y tercero, la emoción, regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo”¹².

¹¹ VASQUEZ C., CRESPO M., RING M., Estrategias de afrontamiento parte IV áreas especiales capítulo 31 [en línea] <
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf > [citada el 10 de abril de 2016]

¹² MACIAS M., MADARIAGA C., Y OTROS Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico psicología desde el caribe issn 0123-417x (impreso) issn 2011-7485 (on line) Vol. 30, n.º 1, pp 131 enero-abril 2013 [en línea] <
<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a07.pdf> > [citado el 10 de abril 2016]

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Afrontamiento

Es cualquier actividad que las personas pueden poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. “Los credos religiosos estimulan la superación de las pérdidas de seres queridos por medio de la fe, la plegaria, la meditación, los rituales, las creencias sobre la vida y la muerte; buscando ayudar a los que sufren a superar su malestar y aumentar los sentimientos positivos y el bienestar psicológico, afectivo y espiritual”¹³. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el sujeto puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

El afrontamiento se puede clasificar en individual y familiar, teniendo en cuenta que los dos buscan el manejo de las situaciones estresantes que se presenten, “el primero hace mención a procesos individuales que si bien reciben influencia de lo social, es el sujeto mismo quien define su propia orientación para manejar los problemas en su vida cotidiana y con ello concreta el tipo de estrategia que utiliza al afrontar los eventos críticos o estresantes en su realidad. Por su parte, el afrontamiento familiar ilustra una dinámica de grupo, que busca regular las tensiones que enfrentan y garantizar la salud de sus miembros”¹⁴.

¹³ YOFFE. L., Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. Universidad de Palermo. ISSN: 1515-2251 e-ISSN: 2451-6600. [en línea] < <https://pub.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/435> > [citado el 19 de noviembre de 2016]

¹⁴ MACÍAS M., MADARIAGA C., VALLE M., ZAMBRANO J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe, vol. 30, núm. 1. pp. 123-145 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia. [En línea] <<http://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>>. [citado el 04 de junio de 2016].

2.3.2 VIH/SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana o VIH “es un microorganismo que ataca al sistema inmune de las personas, debilitándolo y haciéndoles vulnerables ante una serie de infecciones, algunas de las cuáles pueden poner en peligro la vida”¹⁵. La palabra SIDA proviene de las iniciales de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos. El SIDA es consecuencia de la exposición a una infección por el VIH, que facilita el desarrollo de nuevas infecciones oportunistas, tumores y otros procesos. Este virus permanece latente y destruye a los linfocitos CD4, células encargadas de la defensa del sistema inmunitario del organismo.

Se puede transmitir por vía sexual, por transfusión sanguínea y de la madre al hijo, ya sea durante el embarazo, el parto o la lactancia materna. A partir del momento en que el virus entra al cuerpo de la persona infectada pueden pasar de dos semanas a tres meses antes de que aparezcan anticuerpos en su sangre. En promedio, la enfermedad tiene un periodo de incubación de 10 años, lo que implica que una persona puede transmitir el virus sin saber que está infectada¹⁶.

¹⁵ INFOSIDA. VIH y sida. [En línea]<<http://www.infosida.es/que-es-el-vih> >[citado el 1 de noviembre de 2016]

¹⁶ HERRERA C., CAMPERO M. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud pública. Méx vol.44. no.6 Cuernavaca. [en línea] < http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600008 > [citado el 04 de junio de 2016].

2.3.3 Caso de SIDA

Persona infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que presenta signos y síntomas asociados con cualquiera de las enfermedades concomitantes a la inmunosupresión que definen SIDA según la clasificación del CDC de Atlanta para niños o para personas adolescentes y adultas; incluyendo el respaldo de pruebas de laboratorio científicamente determinadas para tal efecto. Donde no se disponga de pruebas de laboratorio especializadas para el estudio de la infección por VIH.

Para la determinación del criterio diagnóstico de SIDA definitivo el centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC) establece dos parámetros, “una persona con el VIH debe tener una afección característica del SIDA o un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200/ mm³ (independientemente de que tenga una afección característica del SIDA)”¹⁷.

2.4 MARCO HISTÓRICO

El virus de inmunodeficiencia humana, proviene del centro África, más específicamente en Leopoldstad, capital y la mayor ciudad de la República Democrática del Congo, es descendiente del virus de inmunodeficiencia del simio, este afecta a los chimpancés de esta región y es similar genéticamente al VIH, por lo cual se afirma que esta es la fuente del virus para la especie humana, el cual se transmitió por la práctica de zoonosis.

A mediados de la década de 1970 en el continente africano los centros de salud reportaban personas con enfermedades similares al sida, lo que lleva a creer que el virus pudo ser diseminado desde mitad de los años de 1960,

¹⁷ INFOSIDA. Definición de casos de SIDA. [en línea] < <https://infosida.nih.gov/education-materials/glossary/4475/definicion-de-casos-de-sida> > [citado el 04 de junio de 2016].

donde el principal modo de transmisión pudo ser debido a la manipulación de carne de chimpancés y sus fluidos, por parte de cazadores y de sus esposas.

El cinco de junio de 1981 se describió por primera vez el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en la Universidad de California (EE.UU). Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos publicaron en su boletín semanal una pequeña entrada que describía un brote de neumonía por *pneumocystis carinii* que se estaba propagando entre homosexuales y además producía un raro cáncer llamado sarcoma de kaposi. Para fines de este año, los registros indicaban que 121 pacientes habían muerto por esa enfermedad y también se documentaron los primeros casos en el Reino Unido y Suecia.

En 1983 el equipo de Luc Montaigner y Françoise Barré-Sinoussi del Instituto Pasteur en París, describieron un retrovirus que llamaron "LAV -virus asociado a la linfadenopatía- que era uno de los síntomas de la enfermedad", este retrovirus con tropismo por las células CD4 que organizan la inmunidad celular y protegen al ser humano de una gran diversidad de patógenos víricos, micobacterianos y fúngicos y en este mismo año se reporta el primer caso de VIH/SIDA en Cartagena de indias, Colombia.

En el año de 1984, en Estados Unidos se publicaron varios estudios sobre el aislamiento de varios virus y sobre la correlación entre la presencia de anticuerpos en las personas afectadas por el retrovirus.

En 1986, el retrovirus fue bautizado virus de inmunodeficiencia humana o VIH. Los médicos se empezaban a dar cuenta que desde el momento en que el virus entraba al organismo y un paciente comenzaba a presentar SIDA podían pasar hasta 10 años. Se identifica en París, una variante del virus en un paciente originario de Cabo verde, África, la variedad se denominó HIV-2.

Tras años de incertidumbre los epidemiólogos comenzaron a demostrar que el VIH podía transmitirse por relaciones sexuales heterosexuales, por una

madre contagiada hacia su recién nacido, en transfusiones de sangre y con agujas contaminadas.

En 1987, se presentaron una serie de medicamentos que podían frenar la aparición de las enfermedades infecciosas asociadas al virus. El pronóstico de vida no era superior a 18 meses. En marzo se aprueba el primer fármaco contra el SIDA: Zidovudina y un año después la asamblea general de la ONU declaró el interés universal en la lucha coordinada contra la enfermedad.

En el año 1989, se aprueba la Pentamidina para la prevención del pneumocystis carinii y en 1991, aparecieron otros medicamentos, inhibidores de transcriptasa inversa, que es la enzima principal que utiliza el virus para reproducirse, como lamivudina (3TC) o didanosina (DDI). Esos medicamentos aumentaron la supervivencia más allá de los dos años.

En 1992, se publican los primeros resultados del primer tratamiento de fármacos combinados y el primero de diciembre de 1994, se firmó la declaración de la cumbre sobre el SIDA, al año siguiente, la FDA aprueba el primer inhibidor de proteasa, INVIRASE (saquinavir), el cual se combinó con los medicamentos inhibidores de la transcriptasa inversa.

En 1996, las naciones unidas crean ONUSIDA. Las características de la enfermedad hacen que escape de las competencias de la OMS y en el año 2009, científicos de estados unidos descubren la primera vacuna que reduce en un 31,2 % de posibilidades de contraer VIH.

2.5 MARCO LEGAL

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley 100 de 1993, la atención de las gestantes y del menor de un año es prioritaria y en consecuencia, la afiliación de las mujeres gestantes debe darse de forma

inmediata, para iniciar los procesos de detección temprana y tratamiento adecuado del VIH.

El manejo de las infecciones por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), se reglamenta en el decreto 1543 de 1997, en el cual se dan definiciones técnicas como lo son atención integral, autocuidado, Obligación de la Atención, Atención Integral de la Salud; describe la importancia de la participación activa de la familia y el grupo social en el proceso de la enfermedad y el deber de no infectar.

El manejo, seguimiento y control de la enfermedad está contenido en la guía para la atención del VIH / SIDA de la Resolución 0412 de 2000, la cual hace referencia al conjunto de actividades, normas y procedimientos para garantizar la atención integral en salud del usuario, teniendo en cuenta el aspecto del desarrollo humano, los estilos de vida y las alteraciones de la salud. Además la Guía Técnica de buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente refiere que se debe brindar prestación preferencial, oportuna, continua y segura al binomio madre hijo.

Las EPS bajo ningún pretexto pueden negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, a un paciente infectado con el VIH-SIDA, lo cual se encuentra reglamentado en la Ley 972 de 2005, donde también refiere que aquellas personas que no estén asegurados y no posean capacidad de pago será atendido por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de oferta.

El código de infancia y adolescencia, expedido en la Ley 1098 del año 2006 se establece que se deben diseñar, desarrollar y promocionar programas para garantizar a las mujeres embarazadas la consejería para la realización de la prueba voluntaria del VIH/SIDA y en caso de ser positiva tanto la

consejería como el tratamiento antirretroviral y el cuidado y atención para evitar durante el embarazo, parto y posparto la transmisión vertical madre-hijo.

Las guías de prácticas clínicas basadas en evidencia se adoptan en la resolución 3442 de 2006 para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA, en la cual refiere los diferentes pasos a realizar para la detección en gestantes, como se realizara la atención, su evaluación inicial y su categorización.

En el Acuerdo 368 del año 2007 se definen los medicamentos de prescripción a pacientes con VIH/SIDA, los cuales están fundamentados en la guía de práctica clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH – SIDA; en la cual se adoptan el Lopanovir tabletas de 200 mg y Ritonavir tabletas 50 mg como tratamiento señalado.

La estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH se establece en la circular 16 de 2012, en la cual se fortalecen las acciones preventivas y de prestación oportuna de los servicios. La cual se apoya en el documento CONPES 140 de 2011 donde se establece el objetivo del milenio número seis reducir por debajo del 2% los casos de transmisión materno-infantil del VIH.

En la actualización del plan obligatorio de salud con la resolución 5521 del año 2013 se establece la entrega de fórmula láctea para niños lactantes menores de seis meses, hijos de mujeres VIH positivas, además tienen derecho a la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo, con sujeción a lo establecido por la Guía para el

manejo del VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

3 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal y de abordaje cualitativo.

3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO

ESE hospital san Jerónimo de Montería.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

Pacientes que estuvieron hospitalizados en la ESE hospital san jerónimo de Montería, en los meses de agosto y septiembre de 2016, en la ciudad de Montería.

3.3.2 Muestra

Se tomó el 100% de la población para que el resultado sea representativo.

3.3.2.1 Unidad de análisis

Estuvo conformada por un número de 6 embarazadas con VIH/SIDA hospitalizadas en la ESE hospital san jerónimo de Montería, en los meses de agosto y septiembre de 2016.

3.3.3 Tipo de Muestra

Por conveniencia.

3.3.4 Criterios de Inclusión

Disposición para participar en la investigación.

Pacientes con VIH positivo de Edades de 18 a 35 años que se encuentren hospitalizadas en los meses de agosto y septiembre en una IPS en 2016.

Por lo menos seis meses de haberse identificado la enfermedad y dos meses en tratamiento.

3.3.5. Criterios de Exclusión: Los criterios de Exclusión para la selección de la muestra son:

- Pacientes que no quieran participar en la investigación
- Pacientes menores de 18 años de edad o mayores de 35 años.
- Pacientes que tenían alguna alteración de la conciencia o trastornos mentales
- Pacientes que presentaban limitaciones físicas para responder las preguntas

3.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.4.1 Primarias

Se utilizó un instrumento (encuesta) que permitió la recolección de la información que se mostró en forma cuantitativa.

3.4.2. Secundarias

Artículos tomados de Internet, artículos de revista, entre otros.

3.4.3 instrumento

Se adaptó el instrumento de sor Callista Roy, escala de adaptación y afrontamiento, de la cual determinó la capacidad de afrontamiento que tienen las embarazadas diagnosticadas con VIH/SIDA.

ESCALA DE ACUERDO AL MODELO DE CALLISTA ROY PARA LA ENCUESTA.

El modelo de escala creada fue discriminado por las variables que se relacionan al modelo de sor Callista Roy y los factores que la describen. A continuación se establecen las variables y los factores contenidos en ellas:

Tabla 1. Clasificación de las variables de investigación de acuerdo al modelo de Sor Callista Roy y los factores que las componen.

Tabla 1. Clasificación de variables según modelo de Callista Roy

Características Personales y Físicas que relacionan el proceso de afrontamiento y adaptación.	FACTOR I: Análisis del comportamiento personal y los recursos para expandir el factor de ser creativo y buscar recursos en embarazadas con VIH / SIDA
	FACTOR II: Análisis de las relaciones físicas y fase de entrada para el manejo de situaciones con embarazadas VIH- SIDA
	FACTOR III: Análisis del comportamiento del yo personal y físico, y se enfocan en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas
Estrategias de Afrontamiento y Adaptación encaminadas a manejar las Situaciones Personales y Físicas	Factor IV. Análisis de la descripción de las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente
	Factor V. Análisis de la descripción las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otras personas usando la memoria y la imaginación

Fuente: escala de medición de afrontamiento y adaptación "Callista Roy".

3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN, ORGANIZACIÓN, SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.5.1 Recolección y tabulación de los datos:

Los datos se registraron en un formato prediseñado con las variables según la naturaleza cualitativa y cuantitativa en una hoja de Excel 2013. El instrumento recogió datos específicos de las variables, según la naturaleza y grado de medición de las mismas permitiendo su tabulación y posterior interpretación.

3.5.2 Procesamiento y análisis de la información

Después de recolección de la información, se sometió a procesamiento estadístico de cada dato obtenido mediante los métodos de análisis descriptivo, teniendo en cuenta la naturaleza de las variables descritas y se utilizó el porcentaje como medida de frecuencia.

Para el análisis de la información basada en el modelo de Sor Callista Roy, el primer paso es crear una escala de acuerdo al instrumento aplicado (encuesta) y los lineamientos de la autora.

Para la medición del nivel de la capacidad de adaptación y afrontamiento se interpretó el porcentaje de las preguntas que pertenecen a cada factor y a cada variable de acuerdo a la escala que se estableció.

3.5.3 Presentación de los datos

Los datos se presentaron por medio de gráficas de barras mostrando los resultados obtenidos por medio de la encuesta.

3.5.4. Divulgación de la información

Se dio a través de la sustentación de este proyecto en la UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA, ante los jurados, asesores, docentes y estudiantes invitados del programa de enfermería, para que conozcan la problemática estudiada.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente estudio se tendrá en cuenta las consideraciones planteadas en el artículo 74 de la constitución política colombiana del año 1991 siguiendo la pauta ética legal, durante su realización la cual es salvaguardar

el Secreto Profesional para mantener en reserva la identidad de los individuos que aportan la información.

En investigación con seres humanos, la investigación en comunidades y los aspectos necesarios para la elaboración del consentimiento informado, la clasificación del riesgo y los compromisos que adquieren los investigadores (Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social); Por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio se ha realizado con una muestra de 6 embarazadas adultas entre 18 y 35 años que han sido diagnosticados con VIH/SIDA. Todas las embarazadas evaluadas procedían de los servicios hospitalización de la ESE hospital san Jerónimo de Montería.

A partir de la puntuación global, se puede determinar la capacidad de afrontamiento de la embarazada ante la situación que está viviendo en ese momento.

4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE EMBARAZADAS CON VIH / SIDA

A continuación se presenta el análisis de la caracterización sociodemográfica de las pacientes embarazadas con VIH-SIDA por edad, nivel de estudio, tiempo de diagnóstico y tratamiento de control de la enfermedad. Para lograr la caracterización sociodemográfica, se realizaron 4 tablas.

Tabla 2. Edad

Edad	frecuencia	Porcentaje
18 a 22	3	50%
23 a 28	3	50%
Total	6	100%

Fuente: encuesta.

Tabla 3. Nivel educativo

Nivel Educativo	frecuencia	Porcentaje
Primaria	2	33,33%
Bachillerato	3	50%
Técnico	1	16.66%
Total	6	100%

Fuente: encuesta.

Tabla 4. Tiempo de diagnostico

Tiempo de Diagnóstico	frecuencia	Porcentaje
Menor a un año	5	83,33%
De un año a dos años	1	16,66%
Total	6	100%

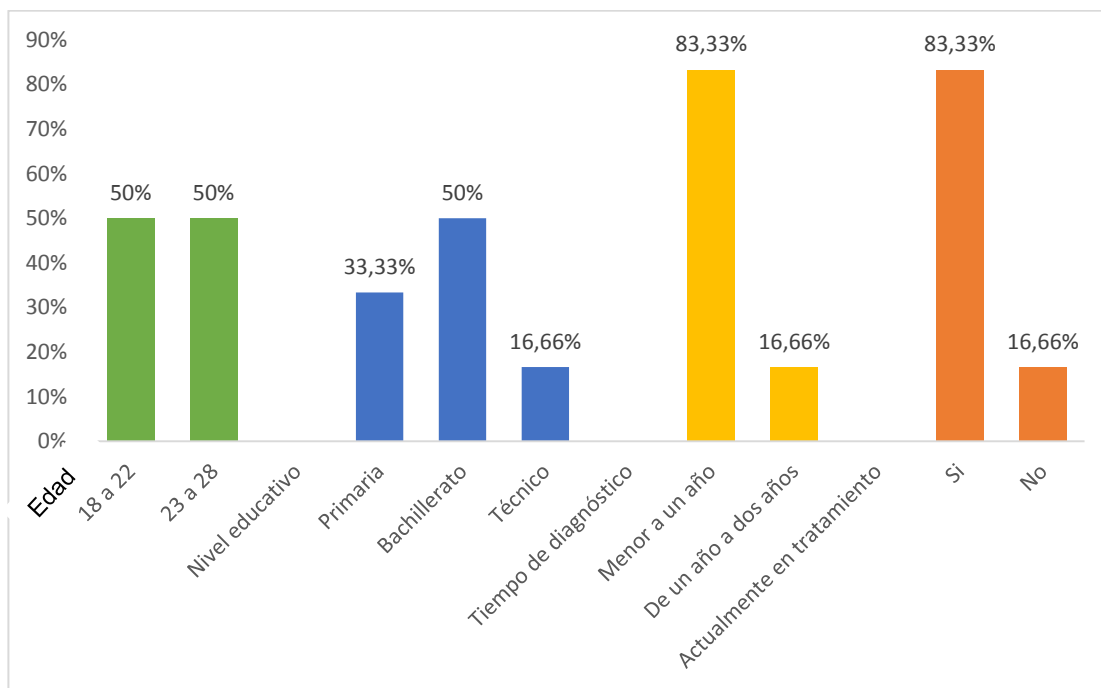
Fuente: encuesta.

Tabla 5. Embarazadas actualmente en tratamiento

embarazadas actualmente en tratamiento	frecuencia	Porcentaje
Si	5	83,33%
No	1	16,66%
Total	6	100%

Fuente: encuesta.

Ilustración 1. Caracterización sociodemográfica



Fuente: encuesta.

En la gráfica 1. Caracterización sociodemográfica de acuerdo a la edad en embarazadas con VIH-SIDA, atendidos en un hospital de III Nivel, se encuentra que el 50,00% están entre las edades de 18 a 22 años y el 50,00% están entre las edades de 23 y 28 años. Es importante resaltar que el periodo comprendido entre los 18 a 22 años de edad es una etapa de formación de expectativas de vida, de adquisición de responsabilidades, surge un nivel de flexibilidad ante diversas situaciones generando esto mayor grado de madurez, paralelo a esto la presencia de un embarazo a corta edad y el conocimiento y aceptación de una nueva enfermedad afectaran globalmente su percepción psicológica de la vida.

El nivel educativo se encuentra que el 16.66% de las embarazadas terminaron carreras técnicas, el 50,00% terminaron bachillerato, un 33,33% terminaron primaria. Lo que se puede inferir de los datos anteriores, es que

el 50,00% de las encuestadas se encuentran en un nivel educativo donde el nivel de orientación de educación sexual, protección y prevención de enfermedades es limitado; donde es deficiente la orientación y el conocimiento para enfrentar situaciones de riesgo ante la enfermedad.

Lo anterior se relaciona con los resultados hallados por Barros donde un grupo de pacientes inscritos en el programa de atención VIH-SIDA, el cual tuvo un porcentaje más significativo en edades de 18 a 25 años y su nivel educativo predominantes es el bachillerato, seguido de los pacientes que terminaron solo la educación la primaria, lo cual contribuye como aspecto negativo al afrontamiento de la enfermedad.

El tiempo de diagnóstico se observa que el 83,33% de las embarazadas fueron diagnosticadas con un tiempo menor de un año, teniendo en cuenta que fueron diagnosticadas en el transcurso de su estado de gestación y solo el 16,66% de las embarazadas con un tiempo de un año a dos años, teniendo conocimiento de su situación al momento de salir embarazadas y encontrándose en un estado de negación. Finalizando se observa que el 83,33% de las embarazadas están en tratamiento y el 16,66% de esta no, debido a que refiere expresiones de negación y no aceptación.

Estos resultados guardan relación con lo manifestado por Barros en su estudio con pacientes con VIH/SIDA, donde evidenció con respecto al tratamiento el porcentaje más significativo lo obtuvieron los pacientes que se encuentran en tratamiento, lo cual contribuye como aspecto favorable al afrontamiento de la enfermedad.

4.2 CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO DE EMBARAZADAS CON VIH / SIDA

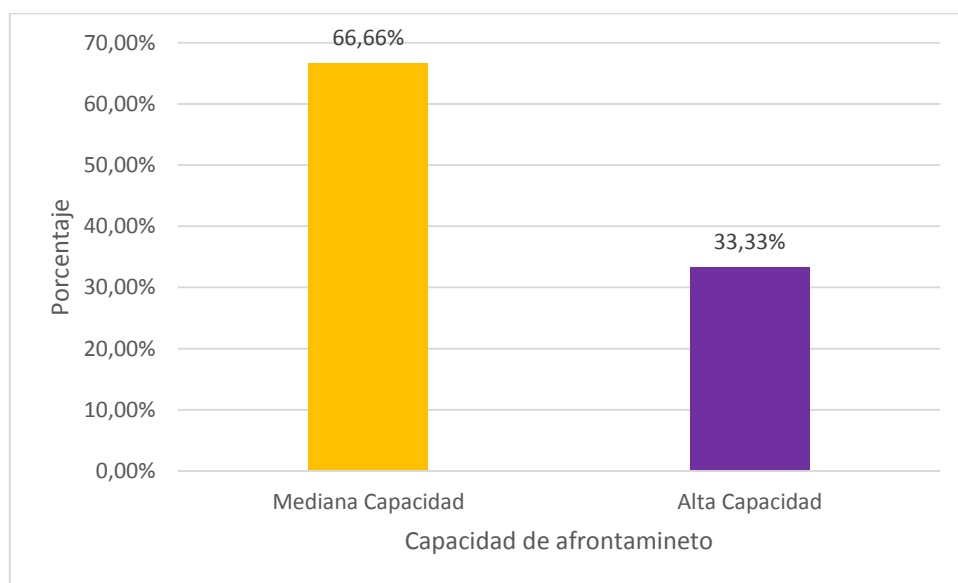
A continuación se presenta el análisis y discusión de la capacidad de afrontamiento de embarazadas con VIH-SIDA. Para lograrlo se realizó una tabla.

Tabla 6. Capacidad de afrontamiento

Capacidad de afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Mediana Capacidad	4	66,66%
Alta Capacidad	2	33,33%
total	6	100%

Fuente: encuesta.

Ilustración 2. Capacidad de afrontamiento



Fuente: encuesta.

En la gráfica 2. Capacidad de afrontamiento, se observa que el 66,66% de las embarazadas tienen un afrontamiento de mediana capacidad, es decir, “puede tener un estilo pasivo y emplear moderadamente estrategias de estilo activo o tener un estilo activo, pero con uso moderado de estrategias de estilo pasivo. Su nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación será muy limitado”¹⁸. Y el 33% obtuvieron una capacidad de afrontamiento alta siendo esto un resultado positivo ya que la situación estresante como lo es la aceptación de la enfermedad se torna controlable y las estrategias de afrontamiento por las cuales se optaron están concentradas y focalizadas en el problema, permitiendo así llevar una mejor calidad de vida para la gestante y el feto.

Se tiene presente que el 16,66% de las gestantes en el momento del diagnóstico optaron por un estado de negación en el cual demostraban tendencias a refugiarse en su aspecto espiritual y emocional generando así una percepción surrealista de su condición actual. Lo cual afecta directamente al feto debido a que son pacientes que dejan su tratamiento antirretroviral y buscan alternativas naturales y espirituales. Aumentando el riesgo de infección al feto, debido a que, “en ausencia de cualquier intervención las tasas de transmisión son de un 15%-45%, intervenciones eficaces permiten reducir esas cifras a niveles inferiores al 5%”¹⁹. Por tal motivo es importante promover el afrontamiento eficaz de la enfermedad en el embarazo.

¹⁸ GUTIÉRREZ. C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. HALLAZGOS - Revista de Investigaciones • Año 6 - No. 12 • julio-diciembre de 2009 • ISSN: 1794-3841 • pág. 209. [en línea] <<http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/1742/1890>> [citado el 29 de septiembre de 2016]

¹⁹ OMS. Transmisión del VIH de la madre al niño. OMS 2016. [En línea] <<http://www.who.int/hiv/topics/mtct/es/>> [citado el 28 de septiembre de 2016]

Cabe resaltar que la variable de la escala, baja capacidad de afrontamiento no se obtuvieron resultados pero se puede definir como “un estilo pasivo o evitativo, que consiste en la ausencia o en la reducción de los esfuerzos para enfrentar directamente el suceso conflictivo, con estrategias centradas en la emoción y con conductas de evasión y negación”²⁰. De igual forma la variable muy alta capacidad de afrontamiento nos indica que “la persona refleja un estilo de afrontamiento activo con estrategias resolutivas, centradas en el problema y con control de la situación”²¹.

Estos resultados difieren con lo manifestado por Barros en su estudio con pacientes inscritos en el programa de atención VIH-SIDA, donde evidenció que el mayor porcentaje de los pacientes tiene muy alta capacidad, mientras que el menor porcentaje tiene mediana capacidad.

En el ámbito de enfermería estos resultados obtenidos son relevantes debido que conllevan a fortalecer el apoyo y a orientar en cuanto el proceso de atención a los profesionales, obteniendo pautas para ayudar al afrontamiento eficaz de las embarazadas con VIH-SIDA, teniendo conocimiento del tipo de afrontamiento y estrategias por las que la población estudiada tiene una mayor acogida siendo estas efectivas, sin embargo, no hay que exceptuar la individualidad, condición y contexto de cada paciente. Facilitando la selección y efectividad de las intervenciones de enfermería necesarias para brindar una atención integral a las gestantes.

²⁰ GUTIÉRREZ, Op. Cit.

²¹ Ibid., p.209

5. CONCLUSIÓN

El presente trabajo investigativo se dio mediante un estudio descriptivo, transversal, el cual evaluó la capacidad de afrontamiento de las embarazadas con VIH/ SIDA, en una IPS de III nivel de Montería en los meses de agosto y septiembre del año 2016. De acuerdo a los resultados presentados es posible plantear las siguientes conclusiones.

Al caracterizar socio demográficamente según la edad de las embarazadas, se encuentra que el mayor porcentaje de la población estudiada esta en edades tempranas, menores de 28 años, en el nivel educativo, se encuentra que el mayor porcentaje prevalece el bachillerato lo que generaría un conocimiento limitado, en el tiempo de diagnóstico se evidencia que predomina el tiempo menor a un año, por lo cual se infiere que la mayoría de la población estudiada se encuentra en una etapa inicial de afrontamiento de la enfermedad, demostrando negación en algunas pacientes. El mayor número de la población tiene una buena adherencia al tratamiento, respondiendo que si lo reciben; cabe resaltar que asisten a sus controles prenatales reflejando un buen comienzo en su proceso de afrontamiento.

Al medir el nivel de afrontamiento y adaptación de los pacientes de acuerdo a los cinco factores del modelo de Callista Roy, en primeria instancia el grupo mayoritario de la muestra presento un nivel de mediana capacidad de afrontamiento predominando en menor puntaje el factor II, que evalúa las reacciones físicas y fase de entrada para el manejo de situaciones a nivel comportamental y de respuesta justificándose dichas acciones expresadas en episodios de intentos de suicidios y la minoría de la población asumieron una alta capacidad de afrontamiento asumiendo estrategias encaminadas a

la espiritualidad y el apoyo familiar enfocándose a controlar las situaciones personales y físicas.

El describir el comportamiento emotivo y físico de las pacientes encuestadas se manifestaron colaboradores, receptivos, proporcionando toda la información posible acerca de su enfermedad y de su estado de embarazo; en cuanto al aspecto físico se pudo observar que la mayoría de las pacientes se encontraban en buenas condiciones higiénicas y estables para su condición.

Al evaluar la capacidad de afrontamiento y de adaptación se pudo determinar de manera objetiva que las embarazadas encuestadas al igual que enfermos de cualquier enfermedad crónica, atraviesan por un proceso inicial adecuado de afrontamiento el cual les permite en cierta forma concientizarse de la enfermedad y de cómo esta va a trascender en su vida y les da la oportunidad de realizar acciones para contribuir a una mejor calidad de vida tanto a nivel personal y del nuevo ser en camino, Tal vez por el tiempo transcurrido desde el diagnóstico en un porcentaje minoritario se evidencio un estado de negación asumiendo así, el no padecer la enfermedad, basándose en sus creencias personales y ausentándose en la búsqueda de estrategias para afrontar y aceptar la enfermedad. La certeza del diagnóstico de VIH no significó un afrontamiento diferente al esperado en el modelo de Roy.

6. RECOMENDACIONES

6.1 A INSTITUCIONES QUE BRINDAN ATENCIÓN A EMBARAZADAS CON VIH-SIDA:

- ✓ Brindar una atención integral abarcando todas las esferas biopsicosociales del binomio madre-hijo.
- ✓ Instruir al personal encargado de la atención directa a las pacientes acerca del abordaje físico, mental y farmacológico de la enfermedad.
- ✓ Mejorar el acompañamiento del personal interdisciplinario a la paciente y familiares durante todo el proceso de la enfermedad en la hospitalización.
- ✓ Fortalecer la integración de las pacientes y familiares en grupos de apoyo social.
- ✓ Implementar pautas para el cuidado, apoyo atención con calidad y calidez humana para las pacientes y familiares.
- ✓ Seguimiento a las pacientes durante el puerperio para contribuir a una mejor calidad de vida del binomio.

6.2 AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

- ✓ Evaluar la percepción mental y emocional de la paciente ante la enfermedad durante todo su proceso.

- ✓ Fortalecer el acompañamiento continuo y escucha activa durante las intervenciones a las pacientes.
- ✓ Promover el apoyo continuo del equipo interdisciplinario a la paciente y familiares.
- ✓ Vigilar la continuidad de la atención del equipo interdisciplinario con los grupos de apoyo durante el proceso del embarazo y post parto.

7. BIBLIOGRAFÍA

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO, SITUACIÓN DEL VIH/Sida Colombia 2013 [en línea]. Disponible en:

<<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%2019832012.pdf><https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983-2012.pdf>> Bogotá, D.C., Octubre de 2013 [citado el 18 de febrero de 2016]

CARROBLES J., REMOR E., y RODRÍGUEZ L. Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. Alzamora Universidad Autónoma de Madrid Psicothema 2003. Vol. 15, nº 3, pp. 420 ISSN 0214 – 9915. [En línea] < <http://www.psicothema.com/pdf/1082.pdf> > [citado el 10 de abril del 2016].

COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Constitución política de Colombia. Diario oficial. Bogotá, 1991

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. ACUERDO 368 (3, diciembre, 2007). Por medio del cual se incluye un medicamento en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Plan Obligatorio de Salud. Diario oficial. Bogotá, 2007. no. 46831.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. LEY 972 (15, julio, 2005). Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. Bogotá, 2005.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. LEY 1098 (8, noviembre, 2006). Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Diario oficial. Bogotá, 2006. no.46446.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. RESOLUCION 3442 (22, septiembre, 2006). Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica. Bogotá, 2006.

COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. ACUERDO 000306 DE 2005 (16, agosto, 2005). Por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. Diario oficial. Bogotá, 2005. no. 46096.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 0412 (25, febrero, 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Santafé de Bogotá, 2000.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 (4, octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, 1993.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN. CIRCULAR 000016 (20, abril, 2012). Lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH. Diario oficial. Bogotá, 2012. no.48411.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 5521 (27, diciembre, 2013). Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Bogotá, 2013.

COLOMBIA. PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA. Decreto 1543 de 1997 (12, junio, 1997). Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Santafé de Bogotá, 1997.

GALVÁN A, GUZMAN V, SOTOMAYOR M. Prácticas de autocuidado en pacientes que convive con el virus de la inmunodeficiencia humana, y su familia, Montería 2010. Universidad de Córdoba facultad de ciencias de la salud programa de enfermería.

GAVIRIA A., QUINCENO J., VINACCIA S., MARTINEZ L., OTALVARO M., estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. Universidad de san buenaventura, Medellín, Colombia, citado por: BARRIOS S., CORTES S., FERNANDEZ N., GONZALEZ D., capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con VIH/SIDA según modelo “Calista Roy”. Cartagena. 2013.

GUTIÉRREZ. C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. HALLAZGOS - Revista de Investigaciones • Año 6 - No. 12 • julio-diciembre de 2009 • ISSN: 1794-3841 • pág. 209. [en línea] <<http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/1742/1890>> [citado el 29 de septiembre de 2016]

HERRERA C., CAMPERO L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud pública. Méx [online]. 2002, vol.44, n.6 pp.554-564. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634. [Citado 2016-03-31]

INFOSIDA. Definición de casos de SIDA. [en línea] <
<https://infosida.nih.gov/education-materials/glossary/4475/definicion-de-casos-de-sida> > [citado el 04 de junio de 2016].

INFOSIDA Hojas Informativas La infección por el VIH y su tratamiento basada en las Guías clínicas para el Uso de agentes antirretrovirales en adultos y con el VIH-1 establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Revisión Agosto del 2012 [en línea] <
https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/elvihysutratamientoquedebesaberusted_fs_sp.pdf > [citado el 10 de abril 2016]

INFOSIDA. VIH y sida. [En línea]<<http://www.infosida.es/que-es-el-vih> >[citado el 1 de noviembre de 2016]

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD [en línea]. Disponible en:
<<http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2015>> Bogotá D. C. – Colombia. ISSN 2357-6189. 2015. [citado el 18 de febrero de 2016]

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD [en línea]. Disponible en:
<<http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2015>> Bogotá D. C. – Colombia. ISSN 2357-6189. 2015. [citado el 18 de febrero de 2016]

MACIAS M., MADARIAGA C., VALLE M., ZAMBRANO J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el caribe. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia. issn 0123-417x (impreso) issn 2011-7485 (on line) Vol. 30, n.º 1, pp 131 [en línea] <<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a07.pdf> > [citado el 10 de abril 2016]

OMS. Proyectos de estrategias mundiales del sector salud. VIH, 2016-2021. Pág. 5. 18 de diciembre de 2015. [en línea] <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_29-sp.pdf?ua=1> [citado el 19 de marzo de 2016]

OMS. Transmisión del VIH de la madre al niño. 2015. disponible en: <<http://www.who.int/hiv/topics/mtct/es/>> [citado el 18 de febrero del 2016]

OPS. Prevención del sida. Volumen II. El sida y la salud materno infantil. Pág. 1. Octubre 1994.

PÉREZ B, VELOZA M y ORTIZ J. Coping and adaptation and their relationship to the spiritual perspective in patients with HIV/AIDS. Investigación Educ Enfermería. 2012. ISSN 30(3): 330-338.

PRIETO F. Veinte años del VIH en Colombia, 1983-2003. Datos de la vigilancia epidemiológica. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2003;8:355-64.

ROY C. Afrontamiento y Proceso de Adaptación de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Citado por SARMIENTO P., BOTERO J., CARVAJAL G. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy. vol.22 no.4 Granada oct.-dic. 2013. *versión impresa* ISSN 1132-1296. [En línea] <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000300009&script=sci_arttext> [citada el 10 de abril de 2016]

SITUACIÓN DEL VIH/Sida Colombia 2013 [en línea] <<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN>>

[%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983-2012.pdf](#)> Bogotá, D.C., Octubre de 2013 [citado el 18 de febrero de 2016]

VARGAS J., CERVANTES M., AGUILAR J., citado por ALDWIN, FELTON, REVENSON. Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos.

VASQUEZ C., CRESPO M., RING M., Estrategias de afrontamiento parte IV áreas especiales capítulo 31 [en línea] <
<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES.pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf> > [citada el 10 de abril de 2016]

VELÁSQUEZ, G. LÓPEZ, P. COMITÉ DE INFECCIÓN VIH/SIDA. ACIN Guía de manejo de mujeres embarazadas con infección por VIH [en línea] <
<http://www.maternoinfantil.org/archivos/A28.PDF>> [citado el 18 de febrero del 2016]

VINACCIA S., OROZCO L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas, 01 Enero 2005, Vol.1(2), pp.125-137. ISSN: 1794-9998 [en línea] <
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2089828> > [citada el 21 de julio de 2016]

YOFFE. L., Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. Universidad de Palermo. ISSN: 1515-2251 e- ISSN: 2451-6600. [En línea] <
<https://pub.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/435>> [citado el 19 de noviembre de 2016]

8. ANEXOS


7.1 Escala para la medición de la capacidad de adaptación y afrontamiento de acuerdo a las Características Personales y Físicas que relacionan el proceso de afrontamiento y adaptación.

		preguntas	NS / NR	Nu nca	Algunas Veces	Siempr e	Baja Capacida d	Mediana Capacida d	Alta Capacidad	Muy Alta Capacida d
Característica s Personales y Físicas que relacionan el proceso de afrontamiento y adaptación.	FAC TO R I	Cuando se presenta una dificultad o problema, propongo una solución a dicho problema	1	2	3	4	6	12	18	24
		Trato de que todo funcione a mi favor	1	2	3	4				
		Traro de redirigir mis sentimientos para enfocarlos constructivamente	1	2	3	4				
		Estoy atento a cualquier cosa relacionada con mi enfermedad	1	2	3	4				
		Con tal mejorar mi condición, estoy dispuesto a modificar mi vida radicalmente	1	2	3	4				
		Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar mi enfermedad y llevar a cabo mi tratamiento	1	2	3	4				

	FAC TO R II	Solo puedo pensar en lo que me preocupa	1	4	3	2	6	12	18	24
		Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema	1	4	3	2				
		Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga	1	4	3	2				
		Experimento cambios en la actividad física	1	4	3	2				
		Me doy cuenta que me estoy enfermando	1	4	3	2				
		Me rindo fácilmente	1	4	3	2				
	FAC TO R III	Soy menos eficaz bajo estrés	1	4	3	2	3	6	9	12
		Me siento activa y alerta durante el día	1	2	3	4				
		Pongo mis sentimientos a un lado y soy muy objetivo con lo que sucede	1	2	3	4				
Estrategias de Afrontamiento y Adaptación encaminadas a manejar las	FAC TO R IV	Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad	1	2	3	4	3	6	9	12
		Analizo la situación como realmente es	1	2	3	4				

Situaciones Personales y Físicas		Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar	1	2	3	4				
		Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo	1	2	3	4				
	FAC TO R V	Utilizo el humor para manejar mejor la situación	1	2	3	4	5	10	15	20
		Aprendo de las soluciones que le han funcionado a otras personas	1	2	3	4				
		Miro la situación positivamente como una oportunidad o desafío	1	2	3	4				
		Planteo diferentes soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar	1	2	3	4				
	Puntaje global						26	52	78	104

Adaptación de la escala para la medición de la capacidad de adaptación y afrontamiento de acuerdo a las Características Personales y Físicas que relacionan el proceso de afrontamiento y adaptación.



UNIVERSIDAD DE CORDOBA

CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO DE EMBARAZADAS CON VIH/SIDA EN UNA IPS, 2016.

OBJETIVO: Determinar la capacidad de afrontamiento de embarazadas con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA, para describir las diferentes conductas de la población estudiada.

Fecha: _____ Edad: _____

Nivel educativo: _____ Tiempo de diagnóstico: _____

a. Primaria

b. Bachillerato

c. Técnico

d. Tecnólogo

e. Universitario

f. No sabe/ no responde

a. Menor a un (1) año

b. De un año (1) a dos (2) años

c. Mayor de dos (2) años

¿Se encuentra usted en tratamiento y control de su enfermedad?

a. Si

b. No

c. No sabe/ No responde

A continuación se presentaran preguntas de selección múltiples con única respuesta. Analice y encierre en un círculo la letra que corresponda a la respuesta que usted considere adecuada según su pensar.

Características Personales y Físicas que relacionan el proceso de afrontamiento y adaptación.

1. Factor I

1.1 Cuando se presenta una dificultad o problema, propongo una solución a dicho problema

a. No sabe / No Responde

b. Nunca

c. Algunas Veces

d. Siempre

1.2 Trato de que todo funcione a mi favor

a. No sabe / No Responde

b. Nunca

c. Algunas Veces

d. Siempre

1.3 Trato de redirigir mis sentimientos para enfocarlos constructivamente

Escala de medición de afrontamiento y adaptación "sor Callista Roy".



- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

1.4 Estoy atento a cualquier cosa relacionada con mi enfermedad

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

1.5 Con tal de mejorar mi condición, estoy dispuesta a modificar mi vida radicalmente

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

1.6 Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar mi enfermedad y llevar a cabo mi tratamiento

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

2. Factor II

2.1 Solo puedo pensar en lo que me preocupa

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

2.2 Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces

- d. Siempre

2.3 Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

2.4 Experimento cambios en la actividad física

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

2.5 Me doy cuenta que me estoy enfermando

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

2.6 Me rindo fácilmente

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

3. Factor III

3.1 Soy menos eficaz bajo estrés

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

3.2 Me siento activa y alerta durante el día

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

3.3 Pongo mis sentimientos a un lado y soy muy objetivo con lo que sucede

a. No sabe / No Responde

- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre



Estrategias de Afrontamiento y Adaptación encaminadas a manejar las Situaciones Personales y Físicas

4. Factor IV

4.1 Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

4.2 Analizo la situación como realmente es

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

4.3 Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

5. Factor V

5.1 Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

5.2 Utilizo el humor para manejar mejor la situación

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

5.3 Aprendo de las soluciones que le han funcionado a otras personas

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

5.4 Miro la situación positivamente como una oportunidad o desafío

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre

5.5 Planteo diferentes soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar

- a. No sabe / No Responde
- b. Nunca
- c. Algunas Veces
- d. Siempre



CONSENTIMIENTO INFORMADO

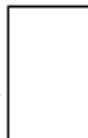
Al firmar el presente documento doy mi consentimiento para que el grupo investigador del programa de Enfermería de la Universidad de Córdoba, responsables de la investigación: Capacidad de afrontamiento en las embarazadas con VIH-Sida en una IPS de Montería, 2016, haga uso de la información que suministro con finalidad investigativa.

Se me ha informado que mi colaboración es voluntaria y que en el momento que quiera puedo desvincularme del proyecto o no responder las preguntas que me sean formuladas. Se me ha garantizado la confiabilidad y privacidad de mis respuestas.

Se me ha informado que los datos de la investigación serán de conocimiento de los participantes y serán socializados por los investigadores o por la Universidad de Córdoba a través de su grupo de investigadores, conservando la intimidad de mi identidad. También se me ha indicado que al participar en el estudio no tendré beneficio económico alguno.

Toda la información anterior me ha sido informada y acepto participar en el estudio firmando el presente formulario de consentimiento.

FIRMA DEL PARTICIPANTE



En caso de no saber firmar Coloque una "X" y la huella

FIRMA DE TESTIGO

Estudiante de enfermería responsable de la Investigación

Estudiante de enfermería responsable de la Investigación

Se acepta el consentimiento el día ____ mes ____ de 2016